

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書(立替払い)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証等の 記号と番号	記号 〇〇〇〇	被保険者 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎
	事業所の 名称と所属	株式会社〇〇〇〇 (電話) 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇	(所属) 〇〇〇部 (内線) 〇〇〇	
	申請が被扶養者に関 するときはその者の	氏名 健保 花子	生年月日 昭和 58 年 10 月 20 日	被保険との 続柄 妻
	傷病名	喘息	発病又は負傷の 年月日	令和3 年 1 月 30 日
	発病又は 負傷の原因	先天性		
	診療内容 (いずれかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 診療・投薬 <input type="checkbox"/> 調剤薬局 <input type="checkbox"/> その他()		
	傷病の経過 (いずれかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他()		
	診療を受けた 病院等の名称・住所	名称 〇〇〇〇病院 住所 東京都〇〇区〇〇町1-2-3	(診療に従事した医師の氏名) 健康 一郎	
	診療に要した 費用の額	10,000 円	保険証交付年月日	令和 3 年 1 月 25 日
	診療を受けた期間	自 令和6 年 5 月 4 日 至 令和6 年 5 月 6 日	2 日間	入院の場合 入院期間 自 年 月 日 (日間) 至 年 月 日
	療養の給付を受けるこ とができなかった理由 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 保険証発行中のため <input type="checkbox"/> 保険証を携帯していない時に急病のためやむを得ず医療機関にかかったため <input checked="" type="checkbox"/> その他(前健保組合の資格確認書を誤って提示してしまったため)		
	第三者の行為によって 負傷したものが否か	ある ・ ない	その事実の届出の有無 第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)	ある ・ ない
	上記のとおり申請いたします。 令和 3 年 2 月 15 日			
〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 住所 東京都〇〇区〇〇1-1 被保険者 電話 〇〇〇 - 〇〇〇〇-〇〇〇〇 氏名 健保 太郎 (健保)				

【給付金の支払について】

①在職の被保険者：給与と合わせて会社から振り込まれます。委任状に記入、捺印してください。

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 3 年 2 月 15 日 被保険者 健保 太郎 (健保) ※被保険者が記入するところと同じ印 (申請者自筆)
-----	---

②任意継続被保険者：取得時に指定された被保険者の口座に振り込まれます。(口座の記入は不要)

③退職者(任意継続被保険者除く)：口座情報を記入して下さい。指定された口座に振り込まれます。

支払金融機関	銀行 信用金庫 フリガナ 口座名義 (被保険者名義)	すでに退職している場合は③支払金融機関を記入してください。 (①の記入、捺印は不要)
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合)		

【添付書類】

医療機関等が発行するレセプト(診療報酬明細書)の原本、及び領収書(原本)

【注意】

- レセプト(診療報酬明細書)は医療機関窓口で発行を依頼してください。精算時に受け取る診療明細書ではありません。
- 診療月毎に病院、薬局毎に入院、外来別に申請してください。

【送付先】※社内便は黄色のInter Office Mail、社外は書留郵便もしくはレターパックをご利用ください。

社内便の場合:SGT/CC不要/マイクロソフト健康保険組合

社外の場合:〒108-0075

東京都港区港南2-16-3 品川グランドセントラルタワー
マイクロソフト健康保険組合

受付日付印

マイクロソフト健康保険組合 理事長 殿